

NOSOLOGIE IN DER PSYCHIATRIE
Zur Methodik empirischer Forschung

Abhandlung
zur Erlangung der Doktorwürde
der Philosophischen Fakultät I
der
Universität Zürich

vorgelegt von
Beat Brauchli
von Wigoltingen/TG

Angenommen auf Antrag von Herrn Prof. Dr. Ch. Scharfetter

Copy Quick, Bern, 1981

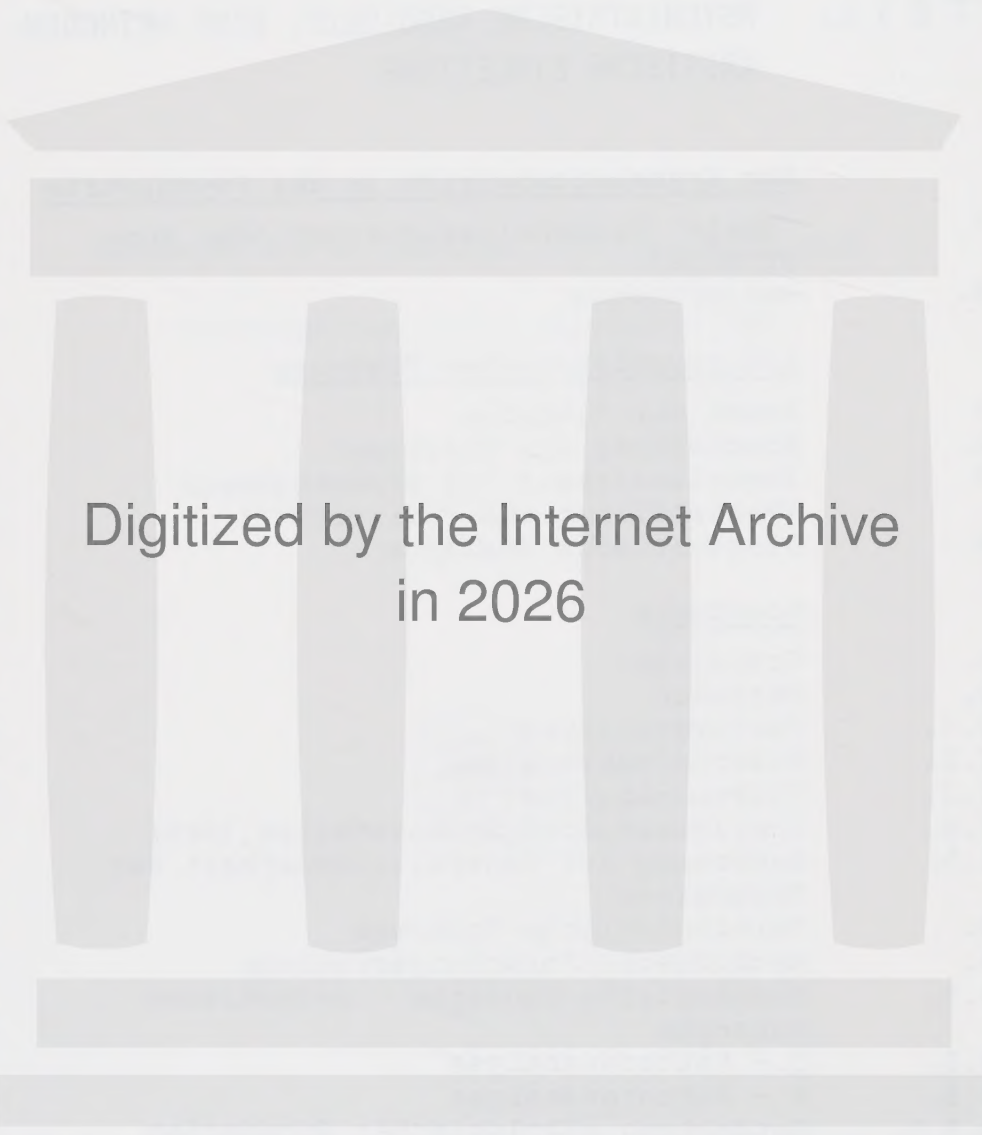
1982

Teildruck: Die vollständige Arbeit erscheint beim
Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, 1981



INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
0. <u>Vorwort</u>	6
0.0. Bezeichnungen	9
I. T E I L: PSYCHIATRISCHE NOSOLOGIE: EINE METHODEN- KRITISCHE EINLEITUNG	
1. <u>Zum Krankheitsbegriff in der Psychiatrie</u>	11
1.1. "Reale" Krankheitseinheiten oder Kon- strukte?	12
1.2. Definitionen	14
2. <u>Zur psychiatrischen Diagnose</u>	20
2.1. Zweck der Diagnose	20
2.2. Abschaffung der Diagnose?	21
2.3. Zuverlässigkeit und Brauchbarkeit (Reliabilität und "Validität")	24
2.4. Diagnostische Konzepte	35
3. <u>Nosologie</u>	42
3.1. Grundlagen	43
3.2. Methoden	46
3.2.1. Faktorenanalyse	50
3.2.2. Diskriminanzanalyse	52
3.2.3. Cluster-Analyse	52
3.2.4. Konfigurationsfrequenzanalyse (KFA)	53
3.2.5. Bemerkung zur Generalisierbarkeit der Ergebnisse	53
3.3. Terminologische Probleme	53
3.4. Methodische Forschungsprobleme	61
3.4.1. Nosologische Konzepte - methodische Konzepte	63
3.4.2. Q - Faktorenanalyse	65
3.4.3. R - Faktorenanalyse	67
3.4.3.1. Entdeckung nosologischer Kategorien durch Analyse der Verteilung	70
3.4.3.2. Normalverteilung der Faktorwerte?	73
3.4.3.3. Faktor-Interpretation und Faktor- Identifikation	75
3.4.4. Cluster-Analyse	80
3.4.5. Versuchsplanung	82



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41507201_0074

II. T E I L: THEORIE UND METHODENSTUDIEN ZUR CLUSTER-ANALYSE

	Seite
1. <u>Einleitung</u>	87
1.1. Ziele der Cluster-Analyse	87
1.2. Warum Cluster-Analyse-Algorithmen?	88
1.3. Anwendungen der Cluster-Analyse	89
1.3.1. Geschichte	89
1.3.2. Ueberblick: Forschungsmethodik	90
1.3.2.1. Datenreduktion	90
1.3.2.2. Hypothesen-Generierung	90
1.3.2.3. Hypothesen-Test	91
1.3.2.4. Klassifikations-Schema	92
1.3.2.5. Wahre Typologie	92
1.3.3. Ueberblick: Wissenschaftsgebiete	94
1.3.3.1. Life Sciences	94
1.3.3.2. Medizinische Wissenschaften	94
1.3.3.3. Verhaltens- u. Sozialwissenschaften	94
1.3.3.4. Erdwissenschaften	95
1.3.3.5. Ingenieurwissenschaften	95
1.3.3.6. Politische, Informations- u. Entscheidungswissenschaften	95
2. <u>Konzeptuelle Probleme der Cluster-Analyse</u>	96
2.1. Verschiedene Verfahrenstypen	97
2.1.1. Partitionierende Verfahren	97
2.1.1.1. Heuristische Methoden	98
2.1.1.2. Optimierende Methoden	99
2.1.2. Hierarchische Verfahren	100
2.1.2.1. Divisive Methoden	101
2.1.2.2. Agglomerative Methoden	101
2.1.2.3. Probleme aller hierarchischen Verfahren	102
2.1.3. Clumping-Verfahren	103
2.1.4. Density-Search-Verfahren	104
2.2. Konzept "Cluster"	105
2.2.1. Definitionen	105
2.2.2. Illustratives Beispiel	108
2.3. Wahl der Objekte	109
2.3.1. Deskriptives Clustering	110
2.3.2. Nomothetisches Clustering	110
2.3.3. Diskussion	111
2.4. Wahl u. Behandlung der Variablen	113
2.4.1. Standardisierung	114
2.4.1.1. Grundlagen	114
2.4.1.2. Methodische Probleme	118
2.4.2. Korrelierende Variable	125
2.4.3. Variablen-Gewichtung	126

2.5.	Aehnlichkeit und Distanz	130
2.5.1.	Aehnlichkeits- u. Distanzfunktionen	131
2.5.2.	Methodologische Probleme	133
2.5.3.	Produkt-Moment-Korrelation r_{kl} bzw. q_{ij}	137
2.5.4.	Euklidische Distanz d_2	141
2.5.5.	City-Block-Metrik d_1	146
2.5.6.	Andere Masse	150
2.5.6.1.	Mahalanobis D^2	150
2.5.6.2.	r_p von Cattell	151
2.5.6.3.	General Similarity Coefficient S_{ij}	152
2.5.7.	Vergleichende Studien	153
2.6.	Wahl des Algorithmus (Clustering-Kriterium)	158
2.7.	Anzahl Cluster	160
2.8.	Interpretation der Lösungen	161
2.9.	Formaler Vergleich der Lösungen	164
3.	<u>Cluster-Analyse-Algorithmen</u>	168
3.1.	Voraussetzungen	168
3.2.	Partitionierende Verfahren	170
3.2.1.	Heuristische Methoden	170
3.2.1.1.	LEADER - Algorithmus	170
3.2.1.2.	JOINER - Algorithmus	177
3.2.2.	Optimierende Methoden	180
3.2.2.1.	KMEANS - Algorithmus	181
3.2.2.2.	CLUDIA - Algorithmus	191
3.2.2.3.	STANDORT - Algorithmus	193
3.3.	Hierarchische Verfahren	194
3.3.1.	Divisive Methode	194
3.3.1.1.	DIVI - Algorithmus	195
3.3.2.	Agglomerative Methoden	198
3.3.2.1.	SINGLE LINKAGE (nearest neighbour)	203
3.3.2.2.	COMPLETE LINKAGE (furthest neighbour)	204
3.3.2.3.	AVERAGE LINKAGE	205
3.3.2.4.	MEDIAN METHODE	206
3.3.2.5.	WEIGHTED AVERAGE LINKAGE (Group Average)	207
3.3.2.6.	CENTROID METHODE	207
3.3.2.6.1.	Inversionen	208
3.3.2.7.	METHODE von WARD	210
3.4.	Vergleichende Studien	211
4.	<u>Empirische Methodenstudien</u>	217
4.1.	Untersuchungsmaterial und Verrechnung	218
4.1.1.	Daten	218
4.1.2.	Stichproben	220
4.1.3.	Variablen	223
4.1.4.	Verrechnung	225
4.2.	Vorprogramme für KMEANS und STANDORT	225
4.2.1.	Methode	226

4.2.1.1.	ARTDAT	228
4.2.1.2.	PSYCHDAT	228
4.2.2.	Ergebnisse und Diskussion	231
4.2.2.1.	KMEA1 (euklidische Metrik)	233
4.2.2.2.	KMEA2 (City-Block-Metrik)	233
4.2.2.3.	KMEA3 (Produkt-Moment-Korrelation)	234
4.2.2.4.	STAN (City-Block-Metrik)	236
4.2.3.	Bemerkungen	237
4.3.	Validierung von 37 Verfahren	238
4.3.1.	Methode	239
4.3.2.	Ergebnisse und Diskussion	240
4.3.2.1.	Effekte der Variablensätze	243
4.3.2.2.	Validität contra Robustheit	244
4.3.2.3.	Robustheit der Verfahren	245
4.3.2.3.1.	Ähnlichkeit ($B1 \leftrightarrow B2$)	246
4.3.2.3.2.	Differenz (120) - (181)	247
4.3.2.4.	Bemerkung	248
4.4.	Vergleich der Lösungen mit WHO-Klassifikation	248
4.4.1.	Methode	250
4.4.2.	Ergebnisse und Diskussion	250
4.4.2.1.	Stichprobe ZT	256
4.4.2.2.	Stichprobe BT	259
4.4.3.	Bemerkung	264
4.5.	Analyse der Robustheit	264
4.5.1.	Methode	266
4.5.1.1.	Kriterium 1	267
4.5.1.2.	Kriterium 2	268
4.5.1.3.	Kriterium 3	268
4.5.1.4.	Kriterium 4	269
4.5.1.5.	Bemerkung	270
4.5.2.	Ergebnisse und Diskussion	271
4.5.2.1.	Einzelverfahren und Kombinationen	273
4.5.2.2.	Validität und Generalisierbarkeit	276
4.6.	Leistungsfähigkeit und Robustheit	277
4.6.1.	Methode	278
4.6.2.	Ergebnisse und Diskussion	280
4.6.2.1.	Integration der Befunde aus anderen Studien	283
4.6.2.2.	Validität von Ergebnissen u. Methodik	287
4.6.2.3.	Handlungsanweisungen für den Benützer	288
4.7.	Cluster-Analyse von Clustering-Verfahren	289
4.7.1.	Methode	290
4.7.2.	Ergebnisse und Diskussion	291
4.7.2.1.	14 Einzelverfahren	291
4.7.2.2.	37 Verfahren	293
4.7.2.3.	Schlussfolgerungen	297

	Seite
4.8.	Bestimmung der optimalen Clusteranzahl m 299
4.8.1.	Methode und Ergebnisse 300
4.8.1.1.	Sorting Level 300
4.8.1.2.	Dispersion D' 309
4.8.2.	Bemerkung 329

III. T E I L: CLUSTERING VON PSYCHIATRISCHEN DIAGNOSEN

1.	<u>Clustering von psychiatrischen Diagnosen</u>	331
1.1.	Begründung des methodischen Vorgehens	332
1.2.	Auswahl der Lösungen	333
1.3.	Stichprobe ZT	335
1.4.	Stichprobe BT	341
1.5.	Stichprobe B1	349
1.6.	Stichprobe B2	356
1.7.	Abweichungen von der ICD (8. Revision)	358
1.7.1.	Stichprobe ZT	359
1.7.2.	Stichprobe BT	360
1.7.3.	Differenziertheit der ICD	361
2.	<u>Empirische Studien zur Nosologie</u> <u>(Literatur)</u>	362
2.1.	Depressive Krankheiten	363
2.2.	Schizophrene Krankheiten	366
2.3.	Uebrige Krankheiten	366
2.4.	Bemerkungen	367

A N H A N G	369
-------------	-----

L I T E R A T U R V E R Z E I C H N I S	405
---	-----

"Classification is one of the fundamental concerns of science. Facts and objects must be arranged in an orderly fashion before their unifying principles can be discovered and used as a basis for prediction. Many phenomena occur in such variety and profusion that unless some system is created among them they would be unlikely to provide any useful information." (SOKAL, 1966, p. 106).

Keine nomothetische Wissenschaft kann darauf verzichten, die Phänomene ihres Problembereichs zu ordnen. Manchmal sind die Ordnungsprinzipien und -beziehungen bekannt oder werden im Rahmen eines heuristischen Konstrukts als bekannt vorausgesetzt. In anderen Fällen - vornehmlich auf dem Gebiet der Grundlagenforschung - werden die theoretischen und methodischen Fragen explizit in das Forschungsvorhaben miteinbezogen.

Die psychiatrische Nosologie beschäftigt sich mit der systematischen Beschreibung und Ordnung der Krankheiten. Dabei ist eine Vielzahl theoretischer und methodischer Schwierigkeiten zu bewältigen. Von solchen Fragen handelt die vorliegende Arbeit.

• Im I. Teil (Psychiatrische Nosologie: Eine methodenkritische Einleitung) werden zunächst einige Fragen des Krankheitsbegriffs und der Diagnostik in der Psychiatrie diskutiert. Das Hauptgewicht liegt jedoch auf der Darstellung und Diskussion methodischer Probleme der nosologischen Forschung. Aus der Fülle methodischer Schwierigkeiten werden nur solche herausgegriffen, welchen in der empirischen nosologischen Forschung besondere Bedeutung zukommt.

Der II. Teil (Theorie und Methodenstudien zur Cluster-Analyse) ist ausschliesslich der Cluster-Analyse gewidmet, einem mathematisch-statistischen Verfahren, das häufig zur Entdek-

kung von Krankheitsgruppen eingesetzt wird. "Cluster-Analyse" muss als ein Paket von Methoden verstanden werden, welchen nur eine gemeinsame Eigenschaft mit Bestimmtheit zugeschrieben werden kann: ihr Ziel, nämlich die Gruppierung von Objekten, wobei ähnliche Elemente dem selben Cluster (Gruppe) zugeordnet werden. Für die Praxis ergibt sich damit das Problem der Wahl eines Verfahrens, das der jeweiligen Fragestellung angemessen ist. Oft ist es nicht möglich, diese Entscheidung allein aufgrund der theoretischen Kenntnis der Clustering-Programme zu treffen. Zu deren Evaluation sind daher auch empirische Methodenstudien erforderlich.

Etliche bekannte Verfahren (SPAETH, 1975) sowie einige neuere Varianten der Cluster-Analyse werden vorgestellt und einer empirisch fundierten Prüfung unterzogen. Unter systematischer Variation des verwendeten Algorithmus, des verwendeten Ähnlichkeits- bzw. Distanzmasses wie auch des Variablensatzes (unterschiedliche Differenzierungsfähigkeit) werden einige Haupt- und Unterdiagnosen nach WHO (World Health Organisation) klassifiziert, d.h. verschiedenen Untergruppen zugeordnet. Durch einen Vergleich der Resultate mit der WHO - Einteilung wird danach die klassifikatorische Leistungsfähigkeit der Programme evaluiert. Unter Verrechnung derselben Daten werden die Verfahren auch auf ihre Sensibilität gegenüber Datenfehlern untersucht.

Im III. Teil (Clustering von psychiatrischen Diagnosen) werden die Ergebnisse des Diagnosen-Clusterings referiert und inhaltlich mit der WHO-Klassifikation verglichen. Damit soll ein Beitrag zur empirischen Nosologie psychiatrischer Krankheiten geleistet werden. In einem kursorischen Ueberblick werden ferner einige Ergebnisse anderer Autoren referiert.

Im Rahmen der Arbeit wurde ein Computer-Programmpaket (GROUPIE) zur Cluster-Analyse erstellt sowie ein Programm zur Berechnung der Ähnlichkeit zwischen verschiedenen

Clustering-Lösungen (CLUMP) geschrieben.

Herrn Prof. Dr. CH. SCHARFETTER (Psychiatrische Universitätsklinik, Zürich) danke ich herzlich für die geduldige Förderung der Arbeit.

Herrn Prof. Dr. U. MOSER (Psychologisches Institut der Universität Zürich, Abteilung Klinische Psychologie) danke ich für die Ueberlassung des Themas.

Herr Prof. Dr. U. BAUMANN (Psychologisches Institut der Universität Kiel, BRD) hat die empirischen Methodenstudien zur Cluster-Analyse angeregt. Ihm schulde ich besonderen Dank.

Herrn Prof. Dr. J. ANGST (Psychiatrische Universitätsklinik, Zürich) bin ich für die Ueberlassung der Daten zu Dank verpflichtet.

Ganz herzlich danke ich auch Frau R. ZUEST für die Unterstützung der Arbeit in allen Phasen und für die sorgfältige Ausführung der Schreibarbeit.

0.0.

BEZEICHNUNGEN

O	Menge der Objekte $o_1, \dots, o_N$
K	Menge der Cluster $C_1, \dots, C_m$
P	Partition
p_i	Cluster-Nummer des i-ten Elements
N	Zahl der Objekte
N_{C_f}	Zahl der Objekte in Cluster C_f
n	Zahl der Variablen
m	Zahl der Cluster
h, i, j	Index eines beliebigen Objektes
k, l	Index einer beliebigen Variable
f, g	Index eines beliebigen Clusters
x_{ik}	Messwert von Objekt i in Variable k
w_k	Gewicht der Variablen k
γ_k	Gewichtungskonstante für Variable k
s_i	Standardabweichung des Profils i
$\bar{x}_i$	Mittelwert des Profils i über alle Variablen
m_1	minimale Clusteranzahl
m_2	maximale Clusteranzahl
S_{fk}	Schwerpunkt (Centroid) des Clusters f in Variable k
e_f	$\sum_{i \in C_f} \sum_{k=1}^n (S_{fk} - x_{ik})^2$

Gelegentliche Abweichungen der Notation werden im Text erwähnt.

I. T E I L: PSYCHIATRISCHE NOSOLOGIE: EINE METHODEN-
KRITISCHE EINLEITUNG

1. ZUM KRANKHEITSBEGRIFF IN DER PSYCHIATRIE

In keiner medizinischen Disziplin wird der allgemeine Krankheitsbegriff derart vehement in Frage gestellt wie in der Psychiatrie. Weshalb ist es so wichtig zu wissen, was unter einer psychiatrischen Krankheit zu verstehen sei?

Der Hauptgrund dafür liegt sicher im möglicherweise sozial diskriminierenden Charakter solcher Krankheiten. Die Herabwürdigung psychisch kranker Menschen hat eine lange historische Tradition. Im Mittelalter und in der Renaissance wurden Geisteskranke als Hexen oder vom Teufel Besessene verfolgt und mit brachialen Methoden "behandelt" (s.z.B. ACKERKNECHT, 1967). Die Verfolgung psychiatrischer Patienten setzt sich jedoch bis in die Gegenwart fort, man denke etwa an die Greueltaten der Faschisten vor wenigen Jahrzehnten. Die soziale Wertung Geisteskranker durch "gesunde" Zeitgenossen heute ist sicher damit nicht vergleichbar; die Patienten stossen jedoch laufend auf Schwierigkeiten, die weniger aus krankheitsbedingten Beeinträchtigungen entstehen als aus einer Haltung des Misstrauens und der Angst seitens der Gesunden. Es wirkt dementsprechend auch nicht zufällig, dass viele umgangssprachliche Schimpfnamen dem Vokabular der Psychiatrie entnommen sind. Die Verknüpfung der Psychiatrie mit moralischer Wertung ist teilweise sogar gesellschaftlich institutionalisiert: in manchen Fällen liefert die Psychiatrie die Beurteilungsgrundlagen zur Rechtssprechung; die psychiatrische Beurteilung findet ihre juristische Entsprechung in einem gesellschaftlich sanktionierten Werturteil.

Der psychiatrische Krankheitsbegriff wird jedoch auch innerhalb der klinischen Psychologie und der Psychiatrie in Frage gestellt, da er im Rahmen therapeutischer Arbeit oft zu theoretischen und praktischen Problemen führt. Die Verhaltenstherapie etwa argumentiert stringent (im Bereich nicht klar

körperlich bedingter Störungen) gegen den üblicherweise verwendeten Krankheitsbegriff der Psychiatrie, dass dieser ihr keine therapeutische Handlungsgrundlage biete (vgl. z.B. die Einführung von SCHULTE, 1974).

"Kein einzelnes psychopathologisches Symptom für sich genommen ist schlechthin abnorm oder gar krankhaft, denn alle Zeichen können auch beim Gesunden unter besonderen Umständen angetroffen werden." (SCHARFETTER, 1976, p. 8). Dies ist wohl ein weiterer Grund für unsere Probleme mit dem psychiatrischen Krankheitsbegriff: jeder Gesunde kennt bewusst zumindest einige jener Erscheinungen, welche unter anderen Umständen möglicherweise die Grundlage einer psychiatrischen Diagnose bilden.

Wir glauben nicht, dass den psychisch Kranken mit der Abschaffung des Krankheitsbegriffs überhaupt gedient wäre. Nicht die Feststellung psychischer Krankheiten ist sozial diskriminierend, sondern das Ausstossen psychisch Kranker aus dem Leben der Gesunden.

1.1. "REALE"KRANKHEITSEINHEITEN ODER KONSTRUKTE?

Im Rahmen der erkenntnistheoretischen Diskussion um den Krankheitsbegriff steht seit jeher zur Frage, ob wir es mit "real existierenden" Krankheitseinheiten zu tun haben oder ob "Krankheit" bloss als pragmatisch brauchbarer Begriff, als theoretisches Konstrukt zu denken sei. KENDELL (1978) und auch KRÄUPL-TAYLOR (1976) geben einen kurzen Ueberblick über die geschichtliche Entwicklung der Diskussion. Im Grunde handelt es sich um den seit 2 Jahrtausenden bestehenden Streit zwischen der Platonischen und der Aristotelischen Erkenntnistheorie. Natürlich waren die wechselnden Trends der Zeit beeinflusst vom jeweiligen Stand der Medizin (und der übrigen Wissenschaften). Nachdem in der zweiten Hälfte des 18. und in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts die aristotelische,

hippokratische Meinung vorgeherrscht hatte (ROUSSEAU, zitiert nach KENDELL, 1978: "Il n'y a pas de maladie, il n'y a que des malades"), wiesen die bakteriologischen Entdeckungen von KOCH und PASTEUR die Existenz feststehender Krankheitseinheiten mit jeweils spezifischen Ursachen, Symptomen und Verläufen nach. KENDELL (1978) vermutet, wir stünden heute "... wieder einmal an der Schwelle einer empirischen oder hippokratischen Aera." (p. 63). Allerdings meint noch (z.B.) CONRAD (1959), dass die Psychiatrie den Weg zu den an sich bestehenden "nosologischen Entitäten" in den meisten Fällen noch nicht gefunden habe, weil sie noch im Stadium der "Kennerschaft" stecke und sich nicht analytisch-wissenschaftlicher Methoden bediene (s. dazu auch KRAUPL-TAYLOR, 1976).

Tatsache ist sicher, dass der Determinismus des 19. Jahrhunderts die Postulierung von Krankheitseinheiten durch das naive Kausalitätsdenken förderte, indem gleichen Ursachen auch gleiche Wirkungen zugeschrieben wurden. Die Veränderung dieses Weltbildes wurde nicht zuletzt durch die Naturwissenschaften vorangetrieben, indem das einfache Kausalitätsdenken tendenziell von einem Denken in Prozessen abgelöst wurde: komplexe Ursachen haben komplexe Wirkungen, die unmittelbar oder mittelbar auf die bedingenden Ereignisse zurückwirken.

Wir halten es mit SCADDING (1967), einem Somatiker, der seine Krankheitsdefinition klar in einen erkenntnistheoretischen Rahmen einbettet und damit auch Stellung bezieht zur Frage der "Krankheitseinheiten": "Thus, since the exact description of a disease depends upon the defining characteristic we choose to adopt for it, it seems to me impossible to think of diseases as having any sort of independent existence; our concepts of them are constructed, according to rules that we devise, from phenomena observed in living organisms. We are involved here, of course, in an oldstanding philosophical argument, that between nominalists and realists; and I think we must adopt an uncompromisingly nominalist viewpoint.",

(p. 878; vgl. dazu auch PANZETTA, 1974).

1.2. DEFINITIONEN

KENDELL (1978) referiert eine Reihe von allgemeinen Krankheitsdefinitionen: Krankheit als Leiden; Krankheit als das, was Aerzte behandeln; Krankheit als Schädigung; Krankheit als Anpassung an Stress; Krankheit als Unvollkommenheit; Krankheit als Abweichung von der statistischen Norm; Krankheit als biologisch benachteiligende Abweichung von der statistischen Norm (SCADDING, 1963 und 1967) und Krankheit als ärztlicher Handlungsplan (LINDER, 1965). SCHARFETTER (1976) bietet weitere Beispiele der Definition von "Krankheit" (p. 7f).

Vehement wendet sich KRAUPL-TAYLOR (1976) gegen jeden nicht-medizinischen Krankheitsbegriff in der Psychiatrie. (Unter einem medizinischen Krankheitsbegriff verstehen wir hier vereinfacht ein Krankheitsmodell mit der Implikation einer von der psychologischen Situation unabhängigen Spezifität von Aetiologie, Symptomatologie und Therapie.) Der Autor behauptet, die Tatsache, dass heute unter "Krankheitseinheit" auch pathologisch strukturierte Moleküle verstanden werden können, "... has undermined the distinction between functional disorders and organic diseases, and strengthened the medical model based on the concept of elementary morbi ...", (p. 593).

Wir gehen einig mit KENDELL (1978), dass etwa für epidemiologische Forschungszwecke auf eine relativ statische Krankheitsdefinition zurückgegriffen werden soll, die unabhängig ist von therapeutischen Neuerungen und Modeströmungen (z.B. jene von SCADDING, 1963 und 1967, s.u.). In der klinischen Alltagssituation hingegen kann ohne Verlust auf eine verbindliche Definition des allgemeinen Krankheitsbegriffs verzichtet werden. Es ist ein Erfordernis der Praxis, dass klinisch

brauchbare Klassifikationen (und damit der Krankheitsbegriff allgemein) genügend weit gefasst sind, dass alle Personen, die der Psychiatrie in der Rolle des Patienten entgegentreten, erfasst werden, ob sie nun im Sinne irgend einer Definition krank sind oder nicht.

Diese Meinung widerspricht entschieden dem Postulat der ausschliesslichen Verwendung des medizinischen Krankheitsmodells durch KRAUPL-TAYLOR (1976) und andere. Es ist ein Irrtum zu meinen, nachdem die physische Aetiologie der psychischen Krankheit erst einmal "bewiesen" sei, habe die psychiatrische Diagnostik und Therapie mit dem medizinischen Krankheitsmodell ihr Auskommen. Ungeachtet dessen, ob die Forschung organische Ursachen weiterer, heute kryptogener, psychischer Leiden zutage fördern wird (was zu hoffen ist), werden immer Menschen die Dienste der Psychiatrie in Anspruch nehmen müssen, die bei organischer Gesundheit in Lebenskrisen geraten sind. Die Notwendigkeit psychologischer Krankheits- bzw. Störungsmodelle besteht unabhängig vom Ausgang des überflüssigerweise oft stark emotional gefärbten Streites um "somatische" oder "psychische" Ursachen der grossen psychischen Krankheiten.

Eine vernünftige und brauchbare Krankheitsdefinition hat sich an den sozialen Erfordernissen zu orientieren und nicht an der Prägnanztendenz wissenschaftlichen Denkens. PANZETTA (1974) schreibt zur Herleitung einer Klassifikation der Krankheiten: "... the nosologic process begins with a decision about how to define the most general sense of the term disease...". (...) "There is no correct focus, only several alternatives. The decision about which definition to begin with, should be settled by considering the pragmatics of nosology ..." (p. 155).

Der Krankheitsbegriff soll sich also an seiner pragmatischen Verwendung orientieren; eine Definition mag die beste sein

hinsichtlich einer bestimmten Anwendung, für andere Zwecke jedoch wenig taugen. Es ist nicht unseriös oder unwissenschaftlich zuzugeben, dass man einen Begriff aufgrund einer Setzung, einer willkürlichen (aber überlegten) Entscheidung definiert. "It is in fact more scientifically respectable to begin with an assertion that: in the following behavioral categories we shall take them to mean *t h i s* and not *t h a t*." (PANZETTA, 1974, p. 156).

Eine universal gültige Definition des allgemeinen Krankheitsbegriffes kann also nicht gegeben werden. Für nosologische Zwecke scheint uns die Formulierung von SCADDING (1967) am geeignetsten: "A disease is the sum of the abnormal phenomena displayed by a group of living organisms in association with a specified common characteristic or set of characteristics by which they differ from the norm for their species in such a way as to place them at a biological disadvantage." (p. 877). Obwohl sprachlich präzise, provoziert auch diese Definition manche Frage; KENDELL (1978) diskutiert einige von ihnen. Einen wesentlichen Nachteil sieht er darin, dass SCADDINGS Begriffsbestimmung die jeweilige Umgebung nicht mitberücksichtigt, und somit "Norm" nicht definitiv und umfassend festgelegt wird. Im Hinblick auf die Definition des allgemeinen Krankheitsbegriffes (im Unterschied zu einer speziellen Krankheit) sehen wir hierin eher einen Vorteil, da sich - und dies gerade im Fall psychischer Krankheiten - "Gesundheit" bzw. "Krankheit" an biologischen und sozialen Referenzgrößen orientiert. Besonders die soziale, aber auch die biologische Norm ist jedoch zeitlich und örtlich nicht invariant. Zur Problematik von "gesund", "krank", "normal" und "abnorm" bietet SCHARFETTER (1976) weitere Klärung und auch Literaturangaben.

Der allgemeine Krankheitsbegriff ist also nicht definitiv zu fassen - umso wichtiger ist es, die einzelnen Krankhei-

LEBENS LAUF

Ich wurde am 9. April 1948 in Zürich geboren. Nach der Primarschule in Küsnacht ZH besuchte ich während vier Jahren das Gymnasium Friedberg in Gossau SG und das Gymnasium in Schwyz. Danach absolvierte ich einen Sprachaufenthalt in England und war in der Folge in verschiedenen Berufen tätig. Daneben bereitete ich mich seit 1970 auf den Mittelschulabschluss vor und bestand 1972 die eidg. Maturitätsprüfung (Typus B). Im selben Jahr begann ich das Studium der klinischen Psychologie, Psychopathologie und angewandten Psychologie an der Philosophischen Fakultät I der Universität Zürich, welches ich im Sommer 1978 mit dem Lizentiat abschloss. Von 1978 bis 1979 arbeitete ich an der Psychiatrischen Universitätspoliklinik Bern als wissenschaftlicher Mitarbeiter und als Verhaltenstherapeut. Seit Herbst 1979 bin ich an der Forschungsabteilung der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich als klinischer Psychologe tätig.

